# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260218506-05**

Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0005 | 2026/03/20 |

| Nombre del paciente | | | Edad | Fecha de Nac. | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GARCIA | MARTINEZ | VANESSA | 46 | 1979/06/18 | Femenino | X |
| | | | | | Masculino | |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| DERIVADOS MACROQUIMICOS, S.A. DE C.V. | 2001-1131865 | 2025/12/31 | 2010/03/15 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| FLORES | ROA | SERGIO URIEL | CONYUGE | 0000000000007-01 | |

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

**Diagnóstico** DESVIACIÓN SEPTAL

HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/04/01

Clave Procedimiento: 31030 - 0- 0

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

CADWELL LUC ABIERTO BILATERAL + SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

MT.DR.ALDO ESTRADA HERRERA (ORL)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

**Importes Autorizados**

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **132,831.60**

**Honorarios Quirúrgicos**

| Código Tabulador | Negociación | RED |
|---|---|---|
| 01 TPD | SI | N |

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

**Importes a cargo del Asegurado**

Deducible $ **.00**

Coaseguro %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

**Gastos no cubiertos por la póliza:**

Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.

**IMPORTANTE:**

**El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.**

Observaciones

CARTA DE ALTA HOSPITALARIA
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA
***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***

Lugar y Fecha México D.F. a 20 de M A R Z O del 2026

**Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición**

Gerente Pago Directo GMM | Enterado Familiar y/o paciente | Recibi Hospital | Recibe Médico